令 和 ６ 年 度 陪 席 研 修 実 施 フ ロ ー

広島県発達障害医療機関ネットワーク構築事業

**受講希望機関**

**県障害者支援課**

**陪席研修実施医療機関**

**（受講先医療機関）**

陪席研修の実施

に係る通知発出

（R6.○.○付）

陪席研修の実施に係る通知を受理

①

受講を希望する場合は、

受講先医療機関における

研修実施状況について

電話連絡等で確認

③

陪席研修申込書を受講先

医療機関へ提出

（申込期限は個別に確認）

⑦

陪席研修の年間の実績を

発達障害医療機関ネット

ワーク構築事業実績報告

書により報告

（R6年度末）



②

陪席研修の実施状況や受入可能状況、申込期限等、受講希望医療機関からの照会に対応

受講先医療機関で研修が実施され受入可能の旨を確認

④

陪席研修申込書を受理

⑤

陪席研修の実施日程等の詳細について個別に調整

（※誓約書等を受講先医療機関へ提出）

⑥

陪席研修実施

発達障害医療機関

ネットワーク構築

事業実績報告書を

受理